

〈別紙1〉

重要事項説明書（1）

〈各サービス共通事項〉

あなたに対するケアサービスの提供を始めるにあたり、厚生省令第37号第119条、第155条及び第40号第5条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。なお、以下の事項について一部もしくは全部を変更又は改定する場合は、その事項を事前に通知いたします。（平成16年6月1日現在）

1. 事業者

事業者の名称 : 医療法人 恵雄会
法人所在地 : 岐阜県恵那市大井町 1064 番 1
代表者氏名 : 理事長 井口 智雄

2. ご利用施設

施設の名称 : 介護老人保健施設 こころ
施設の所在地 : 岐阜県恵那市大井町 1064 番 1
開設年月日 : 平成 16 年 8 月 10 日
管理者名 : 井口 智雄
電話番号 : 0573-25-0996 (FAX) 0573-25-0997

【ご利用施設で併せて実施する事業】

事業の種類		岐阜県知事の事業者指定		利用定員
		指定年月日	指定番号	
施設	一般入所	H16年8月9日	2151780018	56名
		H28年8月9日	2151780034	44名
居宅	短期入所療養介護	H16年8月9日	2151780018	空床利用
	通所リハビリテーション	H16年8月9日	2151780018	40名

【併設施設】

井口ハートクリニック : 循環器科・呼吸器科・リハビリテーション科・内科・外科
院長 : 井口 智雄
電話番号 : 0573-25-0810 (FAX) 0573-25-7745

3. 介護老人保健施設の目的と運営方針

(目的)

介護老人保健施設は、看護、医学的管理の下での介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護老人保健施設サービスを提供することで、入所者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に努めるようにし、1日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援することを目的とした施設です。さらに、家庭復帰の場合には、療養環境の調整などの退所時の支援も行いますので、安心して退所いただけます。

この目的に沿って、当施設では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

(介護老人保健施設こころの運営方針)

- ①通過施設・在宅ケア支援施設として、個々人の意思を尊重した質の高い総合的サービスを提供し、家庭復帰の援助を目的とする。
- ②施設は、老人に適するように配慮し、安らぎを感じる明るい雰囲気の良い生活の場とし、地域や家庭との連携を重視した運営を行う。

4. 介護保険施設サービスについて

◇ 介護保険証の確認

説明を行うにあたり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

◇ ケアサービス

当施設でのサービスは、どのような介護サービスを提供すれば家庭に帰っていただける状態になるにはどのような介護サービスを提供すべきか等が組み込まれた施設サービス計画に基づいて提供されます。この計画は、利用者に関わる多職種の協議によって作成されます。その際、ご本人・扶養者の希望を十分に取り入れ、また計画の内容については同意を頂いております。

医療：

介護老人保健施設は入院の必要のない程度の要介護者を入所対象としています。

また医師・看護職員が常勤しており、ご利用者の状態に応じた適切な医療・看護を行っております。

介護：

施設サービス計画に基づいて実施します。

機能訓練：

原則として機能訓練室にて行いますが、施設内でのすべての活動が機能訓練となります。そのための様々な活動がリハビリテーション効果を期待します。

◇ 生活サービス

当施設入所中も明るく家庭的な雰囲気のもとで生活していただけるよう、常に利用者の立場に立って運営しています。

療養室：

3階専門棟 38室（44人）

- ・ ユニットケア個室 44室（個室 44室と共用空間を1区分とし4区分）

2階療養棟 17室（56人）

- ・ 4床室 13室
- ・ 一般個室 3室、特別室 1室

* 一般個室・特別室については別途料金を頂戴します。

食 事：

管理栄養士が計画する献立表により、栄養価と利用者の心身状況を考慮したバラエティに富んだ食事を提供します。また、利用者の心身の状況によっては治療食を提供することがあります。

（御食事時間）

朝 食 8時00分より

昼 食 12時00分より

夕 食 18時00分より

* 食事は、原則として2階食堂及び各ユニットの食堂でお召し上がりいただきます。

入 浴：

入所者については、基本的に週2回以上ご利用いただきます。また、寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いた特別入浴も可能です。

但し、利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合があります。

離床・着替え・整容等：

寝たきり防止のため、出来る限り離床を促し、生活のリズムを考えて毎朝夕の着替えを行うよう援助します。また、個々の生活スタイルに配慮してご希望により適切な整容が行われるよう援助もします。

- ・ 療養室のシーツ交換は、週1回以上実施いたします。

- ・ 理美容

月2回、出張による理美容サービスをご利用いただけます。（予約制）

* 理美容サービスは、別途料金を頂戴いたします。

- ・ 私物委託洗濯

* 入所中において、利用者の衣類の洗濯を施設にて承る事が出来ます。

排 泄：

利用者の状況に応じて適切な排泄援助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。

身体拘束

当施設のサービス提供に当たっては、基本的には身体拘束は行いませんが、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ず身体拘束その他入所者の行動を制限する行為を行う場合は、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を説明し、利用者又はご家族の同意をいただくこととします。

個別の状況として、点滴などのチューブをはずす、脱衣行為、皮膚をかきむしる、おむつをはずす、不潔行為、車椅子からずり落ちる、歩行の不安定、転倒・転落等、徘徊、異食、暴力・暴言、妄想、大声、不穏、他部屋進入、離設等の場合は、ミトンの使用、抑制着の使用、安全ベルトの使用、柵の使用、眠剤の使用、個室対応、鍵をかける等で最小限の身体拘束を行います。

健康管理：

常勤医師等により、原則週1回の回診を設けて日常の看護とともに健康管理に努めます。また、緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。また、回診日以外においても、病状に応じて適宜診察を実施し、適切な医療の提供に努めます。

なお、入所及び通所リハビリテーション利用時間中は、施設より依頼するなど特別な事情がない限りは施設外の他の医療機関に受診することは出来ませんのでご留意ください。

(当施設の常勤医師)

1. 氏 名：井口 智雄
診療科：循環器科・内科

機能訓練：

リハビリテーション職員（所有資格：理学療法士／作業療法士／言語聴覚士等）による利用者の身体状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。入所者については、週2回以上のリハビリテーションを行います。また、個別リハビリテーションが必要と判断される利用者に対しては「個別リハビリテーション計画書」を作成し、リハビリテーション職員がマンツーマンにて状態に適したリハビリテーションを行います。

介護・福祉用具の購入代行：

利用者及びご家族が自ら購入が困難である場合は、施設による購入代行サービスをご利用いただけます。ご利用いただく場合は、やむを得ない場合を除き、7日前までに購入代金を添えてお申し込みください。

主な購入代行品は、車椅子、杖、補装具などです。ご購入にあたってはリハビリ専門職等による指導を受けられます。

(申し込み先：事務所)

社会生活上の便宜：

[レクリエーション]

当施設では、施設での生活を実りあるものとするため、必要な教養娯楽設備・用具を整え、ボランティアも交え適宜レクリエーション行事やクラブを企画し、実施します。

(主なレクリエーション行事)

- ・誕生日会、季節毎の行事、おやつ作り、カラオケ、お花見会、お茶会、外出レクリエーション等

(クラブ活動)

- ・音楽、書道、手芸、園芸、等

5. 要望及び苦情等のご相談

当施設：

窓口担当者：支援相談員

ご利用時間：午前9時00分から午後6時00分まで

(原則として、土・日・祝祭日を除かせて頂きます。)

ご利用方法：電話 0573-20-3257

面 接：随 時(十分な時間を確保するため、事前のご予約をおすすめします。)

ご意見箱 : 1階エレベーター前に常時設置

相談及び援助：

当施設は、利用者及びそのご家族からの介護相談について誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。

(相談窓口) 支援相談員

[行政手続の代行]

入所中において、行政機関に対する手続が必要な場合、入所者及びその家族の状況によっては、施設がこれを代行します。

国民健康保険団体連合会

国民健康保険団体連合会は介護保険法第 176 条第 1 項第 2 号に基づく介護サービス等の質の向上に関する調査並びに指定事業者等に対する必要な指導及び助言（苦情処理業務）を行う機関です。

岐阜県国民健康保険団体連合会 介護保険課：

電話の場合：058-275-9826

（受付時間）平日 午後 9 時から午後 5 時まで

市町村

市町村は、介護保険の保険者として最も身近な苦情相談窓口であり、事業者に対する調査、指導助言を行います。

お住まいの市町村介護保険担当課までご相談ください。

6. 協力医療機関

◇ 他機関・施設との連携

協力医療機関への受診：

当施設では、病院・診療所や歯科診療所に協力をいただいておりますので、利用者の状態が急変した場合には、速やかに対応をお願いするようにしています。

他施設の紹介：

当施設での対応が困難な状態になったり、専門的な対応が必要になった場合には、責任をもって他の機関を紹介しますので、ご安心ください。

当施設の、協力医療機関・歯科医療機関は、下記のとおりです。

協力医療機関

名 称 市立恵那病院

住 所 恵那市大井町 2 7 2 5

協力歯科医機関

名 称 奥村歯科医院(恵那歯科医師会)

住 所 恵那市長島町中野 1 2 1 6 - 2 4

*希望により出張診療していただきます。

7. 非常災害時の対策

施設は非常災害に関する具体的計画を立てておくとともに、非常災害に備えるために次の設備の設置並びに訓練を実施します。

- (1) 消防法に基づく諸設備の完備、有資格者による定期点検
- (2) コンピューター・ビル管理システムの完備
- (3) 2 階、3 階建て部分には避難用バルコニーの設置
- (4) 年 2 回以上避難用誘導訓練（内 1 回は夜間想定訓練）の実施
- (5) 年 2 回以上消火及び通報訓練の実施
- (6) 非常災害対策の詳細については、別途作成します。

8・ご利用の際の留意事項

面会	面会者は、 <u>面会時間（平日：午前9時から午後7時、土・日・祝祭日：午前9時から午後6時）</u> を遵守し、必ずその都度面会簿にご記入ください。通常、面会簿は事務カウンターに設置してございます。 なお、来所中は、携帯電話の電源をお切り下さい。
食べ物の差し入れ	食べ物の差し入れは、医療及び衛生管理上必ず各階サービスステーションまでお知らせください。
外出・外泊	外出・外泊の際は、必ず職員に申し出いただき、 <u>行き先と帰宅時間等を外出・外泊届けにご記入ください。</u> なお、 <u>外出・外泊中に利用者の体の不調がありましたら、必ず施設までご連絡ください。</u> 入所中の施設外の医療機関への受診は原則として施設からの依頼による診療のみとなっております。
施設外の医療機関への受診	施設医師より、医学的観点から検査等が必要な場合において、協力医療機関等へ診察を依頼することがあります。なお、 <u>施設利用中は、原則として個人で他の医療機関を受診することはできません。</u>
居室・設備・器具の利用	施設内の療養室、設備や器具は本来の用法にしたがってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	アルコール類の施設内の持込はご遠慮ください。 喫煙は、施設内は全館禁煙となっております。なお、事故防止のためタバコ、ライター等、火気類は各階サービスステーションでお預かりいたします。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑行為になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入居者の療養室に立ち入らないようにしてください。
所持品管理	痴呆症状により自己管理等が困難と判断される場合、あるいは痴呆症状により他者に対して迷惑行為が行われると判断される場合においては、職員が別室にて所持品を管理することがあります。
金銭管理	療養の場ですので、基本的には高額な金銭所持は事故防止の観点から禁止いたします。但し、小額の金銭については、原則利用者・ご家族にて管理していただきます。
その他	施設内で他の利用者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。なお、施設内へのペットの持ち込み及び火気・危険物の持ち込みはお断りいたします。 その他ここに定めのない事項についても、必ず支援相談員又は各階サービスステーションにご相談ください。

- * 当施設は、介護保険施設として介護保険制度はもとより皆様からの利用料金等を頂き運営させていただいております。従いまして、入所や退所時に何ら特別のお心遣いは一切必要ございません。皆様変わりなくお世話させていただきます。

◇ 緊急時の連絡先

緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

9. ご利用料金のお支払方法

別紙2の重要事項説明書(2)の利用料金表に基づき、毎月10日に、前月分の請求書を発行しますので、その月の20日までにお支払ください。

お支払方法は次の中からお選び下さい。

(お支払方法)

1. 金融機関口座より自動引き落とし(1ヶ月目は現金にてお支払願います。)
2. ご来所の上、現金にてお支払い
3. 銀行振り込み

*現金でお支払いただきますと領収書を発行いたします。

平成 年 月 日

介護老人保健施設こころの入所にあたり、利用者に対して利用約款および本書面に基づいて重要な事項について説明しました。

事業者

所在地 岐阜県恵那市大井町 1064-1

名称 介護老人保健施設 こころ 印

説明者 所属 支援相談

氏名 印

私は、契約書および本書面により、事業者から介護老人保健施設こころについての重要事項の説明を受けました。

利用者 住所

氏名 印

(代理人) 住所

氏名 印